受付日	年　月　日

修 理 依 頼 票

お名前	ﾌﾘｶﾞﾅ 様	連絡先	-　-　-	連絡先	-　-　-
		Email ｱﾄﾞﾚｽ	@ ※Emailのご連絡を希望される方はご記入下さい		
購入日	年　月　日	住所	〒		

	メーカー名	製品名	製品番号
依頼品 1			
依頼品 2			
依頼品 3			

付属品					
	☐ メーカー保証書	☐ ﾊﾞｯﾃﾘｰ	☐ ﾎﾞﾃﾞｨｷｬｯﾌﾟ	☐ ﾌｨﾙﾀｰ	☐ 化粧箱
	☐ ケース	☐ ACｱﾀﾞﾌﾟﾀｰ	☐ ﾚﾝｽﾞｷｬｯﾌﾟ	☐ ｱｲｶｯﾌﾟ	☐ USBｹｰﾌﾞﾙ
	☐ ｽﾄﾗｯﾌﾟ	☐ ﾊﾞｯﾃﾘｰﾁｬｰｼﾞｬｰ	☐ ﾚﾝｽﾞﾘｱｷｬｯﾌﾟ	☐ LCDﾓﾆﾀｰｶﾊﾞｰ	☐ ﾋﾞﾃﾞｵｹｰﾌﾞﾙ
	☐ ﾒﾓﾘｰｶｰﾄﾞ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿枚	☐ ﾎｯﾄｼｭｰｷｬｯﾌﾟ	☐ ﾌｰﾄﾞ	☐ その他〔　〕	
	☐ ﾌｲﾙﾑ/ﾃｰﾌﾟ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿本	☐ ﾌｧｲﾝﾀﾞｰｷｬｯﾌﾟ	☐ 取扱説明書	☐ その他〔　〕	

※付属品は機材を保護するもの、または症状を確認するものに限り送付下さい。

お見積り（限度額）	☐ 修理金額が＿＿＿＿＿＿＿＿円 以上はお見積り連絡が必要 ☐ 金額によらずお見積り連絡が必要 ※修理料金が指定金額以内の場合には、修理を自動的に進行させて頂きます。また宅急便でご返送の場合、別途運賃がかかります。

故障内容	【故障状況】 ☐ ショック品　☐ 浸水品　☐ 砂かぶり　☐ 異物かぶり　☐ その他〔　〕
備考等	

記憶装置初期化の事前了承について

記憶装置（電磁的・工学的・音響的にデータ保存するもの）が内蔵されている場合、データは初期化されます。

☐同意します　　☐同意しません

※記録装置初期化の事前承認をご同意頂けない場合は修理が出来ないことがございます。

送付先	イストテクニカルサービス株式会社 大阪事業所		
住所	〒541-0048 大阪市中央区瓦町2-1-15　瓦町大都ビル3F		
TEL	06-6121-2180	FAX	06-6121-2179

H23.5.25